1. Паспортные данные

* родился 03.09.1955г./59 лет
* русский
* пенсионер
* женат
* дата заболевания-2010 год
* дата поступления-27.02.2015г
* дата выписки-
* диагноз при поступлении- ИБС, ПИКС(2010г), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, ГБ IIIст.
* диагноз клинический -ИБС, ПИКС(2010г.), нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий, пароксизмальная форма аритмии, ГБ III ст., ХСН II ст.
* диагноз заключительный: основное заболевание: ИБС, ПИКС(2010г, ГБ III ст.,АГ 3 ст, риск 4 Осложнение основного: нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий, пароксизмальная форма аритмии ХСН II ст.

Сопутствующие заболевания ЯБ, стадия ремиссии, МКБ, ЖКБ

* выполненные операции-
* исход заболевания -

. Жалобы на момент поступления

При поступлении пациент жаловался на одышку, которая наблюдалась при подъёме по лестнице на 3 этаж, общую слабость, боль при физической нагрузке в левой подлопаточной области, отеки нижних конечностей, сопровождающиеся возникновением болевого синдрома к вечеру с нарастанием пастозности.

3. История настоящего заболевания

С 2010 года отмечает периодические нарушения ритма. В этом же году перенёс обширный инфаркт левого желудочка. Было проведено стационарное лечение-стабилизация состояния. Пациент прошел реабилитационный период, был выписан под наблюдение участкового терапевта. В период с 2011-по 2012 год два раза в год госпитализировался для стационарного лечения и диагностики состояния после перенесенного инфаркта миокарда. В период с 2012 по 2014 пациент отказывался от госпитализации в письменной форме ссылаясь на хорошее общее состояние и отсутствие жалоб.

.12.2014 года был госпитализирован МУЗ ЛРБ ?2 с диагнозом «Острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III степени, риск 4. В стационаре ему были выполнено УЗИ брюшной полости и почек, ЭГДС, Рентгенография органов грудной клетки. В отделении хирургии получал противовоспалительную терапию, антикоагулянты, общеукрепляющую терапию, венотоники, перевязки с гепариновой мазью. На фоне проводимого консервативного лечения была отмечена положительная динамика, состояние больного улучшилось, отёк в динамике уменьшился.

Наблюдал ухудшение своего состояния в последние 3 недели до поступления в стационар. На момент поступления в стационар больной принимает следующие препараты: амиодарон (200mg по 1 таблетке 3 раза/день), торвакард (10mg по 2 таблетки в день), венарус (по 1 таблетке 2 раза в день), зилт (75mg в день)

4. История жизни больного

Родился 03.09.1955 года, в Рязанской области. Единственный ребёнок в семье. В школу пошел в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. После окончания школы отслужил в армии 2 года. После армии окончил ПТУ по специальности плотник.

Семейный анамнез: женат с 1973 года имеет сына 36 лет и дочь 30 лет.

Наследственность: мать умерла от инсульта ( страдала гипертонической болезнью).

Профессиональный анамнез: трудовую деятельность начал в 19 лет. Рабочий день был всегда нормирован, работа всегда была связана с тяжелой физической нагрузкой. На последнем месте работы работал 1,5 года плотником в ЖЕКе. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило в летнее время.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома.

Эпидемиологический анамнез: ВИЧ, гепатиты, туберкулёз отрицает. Гемотрансфузии отрицает.

Вредные привычки-отрицает

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Страховой анамнез : инвалид II группы.

. Данные объективного обследования

Общее состояние больного удовлетворительно. Температура тела при поступлении 36,8 градусов по Цельсию. Положение больного активное. Гиперстенический тип телосложения. Рост 168см. Вес 90 кг.

Кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Желтушности нет. Тургор в норме, кожные покровы сухие.

Подкожная жировая клетчатка умеренно-развита. Отёки нижних конечностей.

Периферические лимфатические узлы в норме, безболезненны.

Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при пальпации нет. Деформаций костной системы нет. Болезненности при пальпации суставов нет. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объёме. Грудная клетка нормальной формы.

Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненна.

1. .Система органов дыхания.

Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук, в нижних отделах с легким коробочным оттенком.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Справа | Слева |
| l. parasternalis | 5 ребро | - |
| l. medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l. axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l. axillris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l. paravertebralis | на уровне остистого отростка Th XI  | на уровне остистого отростка Th XI |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | Справа |
| Спереди | 5см | 5см |
| Сзади | на уровне отстистого отростка С VII | на уровне остистого отростка С VII |

Подвижность легочных краев

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | 7см |
| Слева | 7см |

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах легких.

При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей.

Проба Штанге - 14 секунд

Проба Саабрадзе - 15 секунд

. Сердечно-сосудистая система

При осмотре: сердечный горб отсутствует, патологические периферические пульсации не определяются, ретростернальная пульсация, эпигастральная пульсация не определяются.

При пальпации: верхушечный толчок определяется на 1 см кнаружи от срединноключичной линии в 5 межреберье слева. Верхушечный толчок разлитой, достаточной силы, совпадает с пульсовой волной. На основании сердца пульсация сосудов пальпаторно не определяется. Сердечного толчка нет. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы), а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) сохранен, удовлетворительного наполнения и напряжения. Пульс на лучевой артерии: симметричный с частотой 85 уд/мин; ритмичный; удовлетворительного наполнения и напряжения; средней величины; неизменённой формы; сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. Артериальное давление сидя- 160/90 мм.рт.ст. Лежа- 145/85 мм. рт.ст. Эластичность стенки сосуда сохранена. Дефицита пульса нет.

При аускультации сердца: Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Первый тон ослаблен на верхушке, не изменён, не расщеплён. Второй тон - акцент над аортой. Систолический шум, максимум во II межреберье справа.

При перкуссии:

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в IV межреберье у правого края грудины

Левая - в V межреберье по среднеключичной линии

Верхняя - III межреберье по левой окологрудинной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - левый край грудины в IV межреберье.

Левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.

Верхняя - IV межреберье по левой окологрудинной линии.

Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Ослабление I тона на верхушке, акценттона над аортой. Патологических шумов, расщеплений и раздвоений тонов нет.

3. Система органов пищеварения

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений.

Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка.

Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются.

Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается.

Пальпация по ходу ободочной кишки безболезненна, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7.

Желчный пузырь не прощупывается.

Поджелудочная железа не прощупывается.

Селезенка не пальпируется.

Окраска кожный покровов анальной области без изменений. Геморрагических узлов нет. Тонус сфинктера нормальный. Предстательная железа, при пальпации, эластическая, с чёткими границами. В поперечном направлении составляет 2,8см, в продольном-2,7см.

При пальпации стенок прямой кишки болезненности нет, нависание стенок отсутствует.

Кал на перчатке без особенностей.

. Мочеполовая система

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Мочеиспускание безболезненно.

Нейропсихический статус

Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены.

. Местный статус

Сердечный горб отсутствует, патологические периферические пульсации не определяются, ретростернальная пульсация, эпигастральная пульсация не определяются.

Верхушечный толчок определяется на 1 см кнаружи от срединноключичной линии в 5 межреберье слева. Верхушечный толчок разлитой, достаточной силы, совпадает с пульсовой волной. На основании сердца пульсация сосудов пальпаторно не определяется. Сердечного толчка нет. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы), а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) сохранен, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Пульс на лучевой артерии: симметричный с частотой 85 уд/мин; ритмичный; удовлетворительного наполнения и напряжения; средней величины; неизменённой формы; сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. Артериальное давление сидя- 160/90 мм.рт.ст. Лежа- 145/85 мм. рт.ст. Эластичность стенки сосуда сохранена. Дефицита пульса нет.

Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Первый тон ослаблен на верхушке, не изменён, не расщеплён. Второй тон - акцент над аортой. Систолический шум, максимум во IIмежреберье справа.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в IV межреберье у правого края грудины

Левая - в V межреберье по среднеключичной линии

Верхняя - III межреберье по левой окологрудинной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - левый край грудины в IV межреберье.

Левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.

Верхняя - IV межреберье по левой окологрудинной линии.

Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Ослабление I тона на верхушке, акценттона над аортой. Патологических шумов, расщеплений и раздвоений тонов нет.

Анализируя данные, полученный при проведении объективного обследования, можно сделать вывод, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система, так как отмечается некоторое смещение- расширение границ относительно тупости сердца влево на 1см. При аускультации приглушение тонов сердца, ослабление I тона на верхушке, акцент II тона над аортой.

Все это говорит о гипертрофии и дилатации левого желудочка.

. Предварительный диагноз

ИБС, ПИКС(2010г), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, ГБ IIIст.

План обследования:

Клинический анализ крови

. Биохимический анализ крови

.Коагулограмма

.Общий анализ мочи

.Рентгенографию органов грудной клетки

.ЭКГ

. ЭХО-КГ

.Маркеры РВ,ВИЧ, Гепатитов В,С.

. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Интерпретация |  |
|  | у больного | в норме |  |
| Эритроциты | 4,0 \* 1012/л | 3,9 -5 \*1012/л | норма |
| Гемоглобин | 131 г/л | 120 -160 г/л | Норма |
| Гематокрит | 365 | 360-480 | Норма |
| Тромбоциты | 254\*109 | 180 -320\*109 | Норма |
| Лейкоциты | 6,8\*109 | 4 - 9\*109 | Нормы |
| Нейтрофилы | П - 2% С - 60% | 1-6% 47-72% | Норма Норма |
| Лимфоциты | 30% | 19-37% | Норма |
| Моноциты | 4% | 3-11% | Норма |
| Базофилы | 0% | 0-1% | Норма |
| Эозинофилы | 2% | 0-5% | Норма |
| СОЭ | 10 мм/ч | 2-15 мм/ч | Норма |

Вывод: показатели клинического анализа крови в пределах нормы.

Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Норма | Интерпретация |
| Общий белок | 68 г/л | 64-83 г/л | Норма |
| Креатинин | 0,068ммоль/л | 0,044-0,088 ммоль/л | норма |
| Мочевина | 5,8ммоль/л | 3-9,2 ммоль/л | Норма |
| Глюкоза | 4,1ммоль/л | 3,89-5,5 ммоль/л | Норма |
| АСТ | 0,41 мккат/л | 0-0,93мккат/л | Норма |
| АЛТ | 0,47мккат/л | 0-0,65мккат/л | Норма |
| Холестерин | 6,4ммоль/л | 3,6-5,2 ммоль/л | Выше нормы |
| Билирубин общий | 11 мкмоль/л | 3-12мкмоль/л |  норма |
| Na | 143ммоль/л | 135-147ммоль/л | Норма |
| К | 4,5ммоль/л | 3,5-5ммоль/л | норма |
| ЛДГ общ | 4,9 мккат/л | до 22,1мккат/л | Норма |

Вывод: гиперхолестеринемия.

Электрофорез белковых фракций

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | % | Норма % | г/л |
| Альбумин | 60,7% | 55,8-66,1% | 41,88г/л |
| Альфа1 | 4,4% | 2,9%-4,9% | 3,04г/л |
| Альфа2 | 7,4% | 7,1%-11,8% | 5,11г/л |
| Бета | 8,8% | 8,4%-13,1% | 6,07г/л |
| Гамма | 18,7% | 11,1%-18,8% | 12,9г/л |

Вывод: все показатели в норме

Липидный спектр

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель |  | Норма |
| Общий холестерин | 6,4 ммоль/л | 3,1-6,5ммоль/л |
| ЛНВП | 1,51ммоль/л | 0,8-1,8ммоль/л |
| ЛПНП | 4,5 ммоль/л | 2,6-3,0ммоль/л |
| ЛПОНП | 0,45ммоль/л | 0,34-0,52ммоль/л |
| ТГ | 0,98ммоль/л | 0,46-1,66ммоль/л |
| Индекс атерогенности | 3,3 ммоль/л | <4,0 |

Вывод: гиперхолестеринемия, гиперлипопротеидемия.

Общий анализ мочи:

Цвет: соломенно-жёлтый.

Прозрачность: прозрачная

Удельная плотность: 1,015(1,010-1,025)

РН: слабо щелочная

Белок: не обнаружен

Лейкоциты: 0-1

Эритроциты: 0

Переходный эпителий: 0-2

Слизь: 0

Ураты: 0

Бактерии: 0

Маркеры РВ,ВИЧ, маркеры гепатитов В и С не выявлены

Вывод: все показатели в норме

ЭКГ (27.02.2015):

Заключение: Синусовый ритм, ЧСС 70 уд в мин, электрическая ось - горизонтальная, АВ блокада первой степени., блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭХО-КГ (27.02.2015)

Атеросклероз аорты, створок аортального клапана. Снижение систолической функции левого желудочка. Диастолическая дисфункция по 1 типу. Гипертрофия межжелудочковой перегородки 3 степени. Дополнительная хорда в полости левого желудочка. Гипертрофия и дилатация левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки

Органы дыхания без патологических изменений, расширение тени сердца влево.

. Обоснование диагноза

Учитывая жалобы больного при поступлении: на одышку, которая наблюдалась при подъёме по лестнице на 3 этаж, общую слабость, боль при физической нагрузке в левой подлопаточной области, отеки нижних конечностей, сопровождающиеся возникновением болевого синдрома к вечеру с нарастанием пастозности.

Анамнез заболевания: С 2010 года отмечает периодические нарушения ритма. В этом же году перенёс обширный инфаркт левого желудочка. Было проведено стационарное лечение- стабилизация состояния. Пациент прошел реабилитационный период, был выписан под наблюдение участкового терапевта. В период с 2011-по 2012 год два раза в год госпитализировался для стационарного лечения и диагностики состояния после перенесенного инфаркта миокарда. В период с 2012 по 2014 пациент отказывался от госпитализации в письменной форме ссылаясь на хорошее общее состояние и отсутствие жалоб.

.12.2014 года был госпитализирован МУЗ ЛРБ ?2 с диагнозом «Острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III степени, риск 4. На фоне проводимого консервативного лечения была отмечена положительная динамика, состояние больного улучшилось, отёк в динамике уменьшился.

Наблюдал ухудшение своего состояния в последние 3 недели до поступления в стационар

Отягощенный сердечно-сосудистый анамнез.

Данных объективного обследования - указывающих на патологию сердечно-сосудистой системы- гипертрофию и дилатацию левого желудочка

Данных лабораторных исследований - гиперхолестеринемия.

Данных инструментальных методов исследования: Атеросклероз аорты, створок аортального клапана. Снижение систолической функции левого желудочка. Диастолическая дисфункция по 1 типу. Гипертрофия межжелудочковой перегородки 3 степени. Дополнительная хорда в полости левого желудочка. Гипертрофия и дилатация левого желудочка. Расширение тени сердца на рентгенограмме.

На ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 70 уд в мин, электрическая ось - горизонтальная, АВ блокада первой степени., блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.

* Клинический диагноз: Основное заболевание: ИБС, ПИКС (2010г), ГБ III ст.АГ 3ст ст.риск 4
* Осложнение основного заболевания: нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий, пароксизмальная форма аритмии, ХСН II ст.
* Сопутствующие заболевания ЯБ, стадия ремиссии, МКБ, ЖКБ

10. Дифференциальный диагноз

. Дифференциальный диагноз симптомокомплекса патологических признаков курируемой больного с экссудативным перикардитом.

Экссудативный перикардит - воспалительное заболевание околосердечной сумки и наружной оболочки сердца, сопровождающееся накоплением выпота в полости перикарда.

Общими симптомами являются:

· Боль за грудиной

· Одышка, возникающая при физической нагрузке

· Смещение границ сердечной тупости

· Приглушенность сердечных тонов

Но для экссудативного перикардита характерны:

· Тупые, давящие боли, чаще локализующиеся слева от грудины.

· Чувство тяжести в области сердца, усиливающиеся во время глубокого вдоха и при изменении положения тела.

· Нитроглицерин не оказывает болеутоляющего действия.

Снижение аппетита, сухой кашель, рвота, субфибрильная температура тела, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, говорят в пользу наличия воспалительного процесса, что у данного больного не обнаруживается.

Объективные изменения: расширение границ сердечной тупости во все стороны (у курируемого больного граница сердца расширена влево); верхушечный толчок не определяется; тоны сердца приглушены и сочетаются с шумом трения перикарда, который выслушивается в течение длительного времени; характерно наличие парадоксального пульса, набухание шейных вен, что отсутствует у курируемого больного.

Данные дополнительных методов:

· На рентгенограмме: расширение тени сердца, приближающаяся по форме к трапецевидной в сочетании с чистыми легочными полями.

· На ЭКГ: подъем сегмента ST, инверсия зубца Т, низкий вольтаж з.R.

Учитывая то, что у курируемого больного данные симптомы не выражены, экссудативный перикардит можно исключить.

. Дифференциальный диагноз симптомокомплекса патологических признаков курируемого больного с инфарктом миокарда.

Инфаркт миокарда - острое заболевание, обусловленное возникновением очагов ишемического некроза в сердечной мышце в связи с недостаточностью притока крови к ней.

Общими симптомами являются:

· Сжимающая загрудинная боль, иррадиирующая в левую лопатку, одышка, возникающая при физической нагрузке и психоэмоциональном перенапряжении.

· Наличие факторов риска: возникновение болезни у лиц старше 40 лет, частые стрессы.

· Расширение границ сердца влево.

· Глухость тонов.

· На ЭКГ: смещение сегмента ST ниже изолинии, отрицательный з.Т в V5-V6, aVL.

Но для инфаркта миокарда характерно наличие трех синдромов:

. Болевого: при типичной (ангиозной) форме в начале инфаркта миокарда отмечается интенсивная острая длительная боль за грудиной (у курируемого больного боль за грудиной давящего характера), продолжающаяся больше часа (до нескольких дней), с иррадиацией в левое плечо, руку, лопатку.

Боли не купируются нитроглицерином (в отличие от данного больного), сопровождаются холодным потом, страхом смерти.

. Кардиоваскулярного синдрома: очаговое повреждение и некроз миокарда ведет к снижению ударного выброса, повышению АД, что сопровождается характерными симптомами кардиогенного шока: бледность кожных покровов, тошнота, рвота, возможны обморок и потеря сознания. Могут развиваться признаки недостаточности центрального кровообращения: систолический шум (вследствие относительно неполноценного закрытия митрального клапана в результате расширения сердца), тахикардия, акроцианоз, затрудненное дыхание, застой в легких, быстрое увеличение венозного давления, приступ кардиальной астмы. Инфаркт миокарда может привести к расстройству возбудимости и сократимости: экстрасистолия, брадикардия, тахикардия, мерцательная аритмия, частичная или полная блокада. Иногда выслушивается шум трения перикарда, ритм галопа (на 2-3 дня).

. Резорбционно-некротический синдром появляется в результате всасывания продуктов распада ишимизированного участка мышцы, что проявляется:

. Лихорадкой (ч\з 12-36 ч. после возникновения болевого синдрома);

. Лейкоцитоз выше 10-15 тыс.;

. Ускорение СОЭ;

Изменения на ЭКГ:

. Снижение PR ниже 5мм. Или исчезновение его совсем; появление патологического PQ (расширение более 0,33 с, глубина более 1\3 з.R в этом отведении).

. Депрессия сегмента ST (снижение при интрамуральном инфаркте, подъем выше при субэндокардиальном).

При инфаркте обнаруживается повышение активности ЛДГ1, АСТ (аспартат-аминотрансфераза), КФК (креатинфосфаткиназа). Путем сопоставления жалоб больного, анамнеза, объективного осмотра и данных дополнительного исследования с классической формой инфаркта миокарда мы можем исключить инфаркт миокарда.

Дифференциальный диагноз симптомокомплекса патологических признаков курируемого больного с вариантной стенокардией.

Общими симптомами являются:

· Загрудинные боли сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левое плечо, руку, межлопаточную область.

· Одышка.

· Приглушенность тонов сердца.

Но для вариантной стенокардии характерно возникновение приступа в состоянии покоя, не связанного, как правило, с повышением метаболических запросов сердечной мышцы.

· Цикличность боли: возникновение приступа ночью или днем.

· Обычно высокая толерантность к физической нагрузке.

· Изменение ЭКГ: эволюция сегмента (при депрессии у курируемого больного).

· Купирование боли препаратами нитратов превышает 10 мин. И эффект незначителен.

Поскольку у больного данные симптомы не выражены, следует исключить вариантную стенокардию.

. Этиология и Патогенез

Основной причиной развития ИБС является атеросклероз венечных артерий сердца.

Факторы риска ИБС:

· гиперхолестеринемия

· гиподинамия

· артериальная гипертензия

· ожирение

· курение

· сахарный диабет

· нервно-психическое перенапряжение

· генетическое предрасположение типа обмена веществ

В патогенезе ИБС выделяют следующие звенья:

. Морфологическое (атеросклеротическое) поражение коронарных артерий.

. Функциональный тропизм к коронароспазму.

. Изменения со стороны крови - увеличение активности свертывающей системы крови.

. Способность сердца к сокращению с выраженным систолическим и диастолическим эффектом.

. Состояние венозного возврата к сердцу.

В настоящее время основными причинами всех аритмий считаются нарушения образования импульса в сердце, нарушение проведения импульса, а также сочетание этих нарушений. Усиление автоматизма специализированных клеток миокарда, расположенных вне синусового узла (эктопические очаги автоматизма), приводит к образованию различных видов экстрасистолий, пароксизмальных тахикардий (первый основной механизм их образования). Вторым механизмом их образования является re-entry и круговое движение импульса. Кроме того к развитию пароксизмальной тахикардии могут привести осцилляции (небольшие колебания трансмембрального потенциала покоя, следовые потенциалы, местные разности потенциалов).

Различные причины (ишемия, дистрофия, воспаление) приводят к нарушению проницаемости клеточной мембраны и следовательно к нарушению ионного состава миокардиальных клеток, что ведет к электрофизиологическим механизмам нарушений сердечного ритма.

Наиболее частые заболевания сопровождающиеся данными нарушениями:

· Органические (ИБС, пороки сердца, АГ, миокардиты);

· Токсические (интоксикации сердечными гликозидами, симпатомиметиками, кофеином и др.);

· Гормональные (при тиреотоксикозе, микседеме, феохромоцитоме);

· Функциональные (нейрогенные, спортивные);

· При хирургических вмешательствах;

При аномалиях развития сердца (синдром WPW и др.);

12. Лечение

В целях улучшения кровообращения, функционального состояния сердечно-сосудистой системы при полном обеспечении потребности организма в пищевых веществах и энергии, назначена Диета №10, а так же регулярные прогулки на свежем воздухе

· Нормированный режим труда, сна и отдыха

· Минимизация нервно-психического перенапряжения

· Для восстановления сердечного ритма и расширения коронарных артерий, несущих кровь к сердечной мышце назначен препарат - Конкор (5 мг по 1таблетке 1 раз в день)

· Для уменьшения нагрузки на левый желудочек и уменьшению гипертрофии левого желудочка назначен препарат - Престариум А (5 мг по 1 таблетки 1 раз в день)

В целях профилактики отеков назначен - Гипотиазид (25 мг 1 раз в день (утро))

Для уменьшения уровня содержания холестерина в крови назначен - Симвастатин 0,02 по 1 таблетке 3 раза в день

· В целях купирования болевых приступов назначен - Нитроспрей

· Для восстановительного лечения после инфаркта миокарда, а также лечения хронической сердечной недостаточности, назначен препарат - Моночинкверетард (50 мг по 1 капсуле в день)

· В целях профилактики ишемических нарушений назначен антиагрегантный препарат - Зилт 75 мг (1 т 1 раз в день)

 Для оказания ангиопротекторного и венотонизирующего действий назначен препарат - Венарус (1 т 1 раз в день)

· Sol. Piracetami 20% - 10,0 в/в

· Sol. KCl 4% - 10,0. MgSO4 25% - 5,0. NaCl 0,9% - 200,0 в/в

13. Дневник наблюдения за больным

.03.15

Жалобы на дискомфорт в левой половине грудной клетки.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Периферических отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Наблюдается одышка в покое. ЧДД=17 в минуту.

АД= 120/70 мм рт ст, ритм синусовый. ЧСС= 69 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный.

.03.15

Жалобы на перебое в работе сердца не отмечает. Одышка в покое уменьшилась. Отмечает чувство нехватки воздуха. Боли в области сердца не отмечает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное.

Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Пастозность голеней.

В лёгких дыхание с жёстким оттенков, хрипов нет. ЧДД=18 в минуту.

Сердечные тоны ясные, ритм правильный. ЧСС=70 в минуту. АД=130/80 мм рт ст.

Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области с обеих сторон отрицательный. Стул, диурез в норме.

.03.15

На фоне проводимой терапии отмечает положительную динамику: перебои в работе сердца отмечает реже, чувство нехватки воздуха беспокоит меньше.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые. Пастозность голеней. В лёгких дыхание везикулярное. Хрипы отсутствуют. ЧД= 18 в минуту.

Сердечные тоны приглушены. Ритмичные. ЧСС= 74 в минуту.

Живот мягкий, безболезненны. Стул, диурез в норме.

. Этапный эпикриз

Пациент 59 лет поступил 27.02.2015 с жалобами: на одышку, которая наблюдалась при подъёме по лестнице на 3 этаж, общую слабость, боль при физической нагрузке в левой подлопаточной области, отеки нижних конечностей, сопровождающиеся возникновением болевого синдрома к вечеру с нарастанием пастозности.

Анамнез заболевания: С 2010 года отмечает периодические нарушения ритма. В этом же году перенёс обширный инфаркт левого желудочка. Было проведено стационарное лечение- стабилизация состояния. Пациент прошел реабилитационный период, был выписан под наблюдение участкового терапевта. В период с 2011-по 2012 год два раза в год госпитализировался для стационарного лечения и диагностики состояния после перенесенного инфаркта миокарда. В период с 2012 по 2014 пациент отказывался от госпитализации в письменной форме ссылаясь на хорошее общее состояние и отсутствие жалоб.

.12.2014 года был госпитализирован МУЗ ЛРБ ?2 с диагнозом «Острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III степени, риск 4. На фоне проводимого консервативного лечения была отмечена положительная динамика, состояние больного улучшилось, отёк в динамике уменьшился.

Наблюдал ухудшение своего состояния в последние 3 недели до поступления в стационар

Отягощенный сердечно-сосудистый анамнез.

Данные объективного обследования - указывающих на патологию сердечно-сосудистой системы- гипертрофию и дилатацию левого желудочка.

Данные лабораторных исследований - гиперхолестеринемия.

Данные инструментальных методов исследования: Атеросклероз аорты , створок аортального клапана. Снижение систолической функции левого желудочка. Диастолическая дисфункция по 1 типу. Гипертрофия межжелудочковой перегородки 3 степени. Дополнительная хорда в полости левого желудочка. Гипертрофия и дилатация левого желудочка. Расширение тени сердца на рентгенограмме.

На ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 70 уд в мин, электрическая ось - горизонтальная, АВ блокада I ст, блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.

* Клинический диагноз: Основное заболевание: ИБС, ПИКС(2010г.), ГБ III ст.АГ 3ст ст.риск 4
* Осложнение основного заболевания: нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий, пароксизмальная форма аритмии, ХСН II ст.
* Сопутствующие заболевания ЯБ, стадия ремиссии, МКБ, ЖКБ

Проведено лечение:

· Sol. Piracetami 20% - 10,0 в/в

· Sol. KCl 4% - 10,0. MgSO4 25% - 5,0. NaCl 0,9% - 200,0 в/в

- Престариум А (5 мг по 1 таблетки 1 раз в день)

Гипотиазид (25 мг 1 раз в день (утро))

Симвастатин 0,02 по 1 таблетке 3 раза в день

Нитроспрей

Моночинкверетард (50 мг по 1 капсуле в день)

Зилт 75 мг (1 т 1 раз в день)

- Венарус (1 т 1 раз в день)

Состояние пациента улучшилось. Рекомендуется продолжение стационарного лечения. Консультация невролога, офтальмолога, нефролога. Холтеровское и суточное мониторирование АД, УЗИ органов брюшной полости и сосудов нижних конечностей. с последующей коррекцией терапии по рекомендации специалистов.

Прогноз для выздоровления благоприятный. Прогноз для жизни при адекватной лекарственной терапии и наблюдении за больным благоприятный. Прогноз для трудоспособности благоприятный.

пароксизмальный фибрилляция предсердие лечение

Литература

1) Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов. - 5-е изд., стер. - М.: Литтерра, 2010. - 848 с.

2) Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А.Л., 6-е изд. М., 2005